

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

237

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 4 Avril 1895, à 1 heure

PAR

ARISTIDE BOUTIN

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE POITIERS

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS

MÉDAILLE D'ARGENT 1891 ET 1892

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

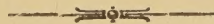
LA GRIPPE CHEZ LES OPÉRÉS

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM.

{	PANAS, professeur.
	RICHELOT, agrégé.
	LEJARS, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

237

LE DICTONNAIRE LA REDOUTE

LA DRIPPE CHEZ LES SPÉRES

789

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553826_0037

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 4 Avril 1895, à 1 heure

PAR

ARISTIDE BOUTIN

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE POITIERS

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS

MÉDAILLE D'ARGENT 1891 ET 1892

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

LA GRIPPE CHEZ LES OPÉRÉS

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM.

{	PANAS, professeur.
	RICHELOT, agrégé.
	LEJARS, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	N ^{III}
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrévés en exercice :

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BAILET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

Depuis quelques années, l'étude de la grippe est véritablement entrée dans une phase nouvelle. Les classiques en reconnaissaient bien la symptomatologie; elle avait déjà fait, jusqu'à ces derniers temps, le sujet de nombreuses études et de sérieuses recherches.

Cependant, ce n'est que depuis peu qu'on sait, à proprement parler, ce qu'est au juste cette maladie : c'est à la suite des épidémies récentes, épidémies graves et qui, par leur gravité, ont justement attiré l'attention; c'est à la suite de ces épidémies et grâce à l'orientation nouvelle des études étiologiques qu'on est arrivé à savoir que la grippe est due à un agent pathogène spécial.

Dans ces dernières années donc, de nombreux travaux ont été publiés tant sur la symptomatologie que sur l'étiologie et la pathogénie de la grippe, considérée dès lors comme maladie infectieuse, contagieuse, épidémique : aussi on ne peut plus maintenant ajouter que peu de choses à ce chapitre important de pathologie, et c'est sur une question de détail que nous voulons attirer l'attention.

Ayant eu, dans le cours de cette année, l'occasion de voir plusieurs cas de grippe dans un service de

chirurgie; ayant pu, d'autre part, constater que cette maladie peut, tout comme dans les services de médecine, y causer facilement des erreurs de diagnostic et mettre à la suite d'une opération le chirurgien dans un doute cruel, nous avons pensé pouvoir faire de l'étude de *la grippe chez les opérés* le sujet de notre thèse inaugurale.

Bien loin de nous donc la pensée de faire une nouvelle revue générale; notre but est simplement de faire ressortir un point de clinique qui peut avoir parfois une grande importance. Quand un chirurgien, si consciencieux qu'il soit, si préoccupé qu'il soit du sort de ses malades, voit, à la suite d'une intervention qu'il a pratiquée, la température s'élever en même temps qu'arrivent des phénomènes généraux qui peuvent même être dans certains cas assez marqués, il est en proie à une préoccupation vive; il voudrait pouvoir affirmer un diagnostic certain afin d'établir au plus tôt un pronostic que l'intérêt du malade réclame et après lequel sa conscience aspire.

Voilà, exposée en peu de mots, la tâche que nous avons assumée, si le sujet est restreint il n'en présente pas moins pour nous, débutant dans la carrière, des difficultés marquées; cependant nous nous sommes mis à l'œuvre de tout cœur.

C'est notre cher maître, M. le Dr Lejars, qui nous a engagé à traiter ce sujet, c'est lui qui nous a montré les malades, fourni les observations. Si,

malgré nos efforts, nous n'arrivons pas à tirer tout le parti possible d'un sujet si intéressant, il ne faut en accuser que nos faibles moyens. Car, c'est poussé par des circonstances indépendantes de notre volonté que nous avons dû abandonner plus vite que nous ne l'aurions voulu l'étude de la médecine comme science, pour la continuer par une pratique que nous voulons maintenir consciencieuse et rendre utile dans la plus large mesure.

Mais avant de nous mettre à l'œuvre nous avons à nous acquitter d'un devoir.

Elle est finie pour nous cette vie d'étudiant, si vite écoulée, grâce aux conseils et aux sympathies qui ne nous ont jamais fait défaut; et c'est avec bonheur que nous trouvons une occasion facile de remercier nos maîtres et nos amis, qui, en dirigeant nos études et facilitant notre tâche, nous ont permis d'atteindre plus facilement notre but.

C'est comme stagiaire puis comme externe que nous avons passé près de deux ans dans le service de Monsieur le professeur Jaccoud, à la clinique médicale de la Pitié; toujours nous nous sommes efforcé de ne rien perdre de ses savantes leçons, et nous lui devons le meilleur de notre instruction médicale; la sûreté de son diagnostic est une garantie de la haute valeur de son enseignement et nous sommes fier de réclamer une place parmi ses nombreux élèves.

Durant l'année qui vient de s'écouler, nous avons

eu le bonheur d'avoir pour maître Monsieur le Dr Lejars, professeur agrégé, chargé du cours de la clinique chirurgicale de la Pitié. Ayant pour règle « de ne jamais sortir du terrain pratique, d'associer à tout instant ceux qui l'écoutent, à l'analyse des données cliniques, à la recherche consciencieuse des indications, à l'appréciation sincère des résultats » il a su laisser sur nous une empreinte ineffaçable en nous donnant toutes les notions chirurgicales nécessaires au médecin.

C'est à lui, nous l'avons dit, que nous devons le sujet de notre thèse; les observations qui nous sont personnelles, c'est comme externe de son service que nous les avons recueillies, il a bien voulu nous en communiquer d'autres inédites.

Il nous a toujours traité avec une extrême bienveillance. Il n'en fallait pas tant pour que nous contractions envers lui une de ces dettes que l'on n'acquitte jamais.

Que Monsieur le Professeur Tarnier, qui nous a enseigné la science des accouchements, accepte, lui aussi, avec l'expression de notre reconnaissance, nos plus sincères regrets de ne pouvoir prendre, cette année, la place qu'il nous avait fait l'honneur de nous réserver dans son service.

Nous ne saurions trop remercier Monsieur le Docteur Belin, chef de clinique médicale à la Faculté; il nous a traité et nous traite encore, non en élève, mais en ami; il nous a guidé patiemment dans l'étude journalière des malades: nous avons souvent

profité de ses conseils, c'est maintenant qu'il faut montrer qu'ils nous ont servi, et nous le ferons de notre mieux.

Monsieur le Docteur Lesage, chef de laboratoire à la Faculté, et Monsieur le Dr Achelme, chef des travaux anatomiques au laboratoire de la Clinique médicale de la Pitié, nous ont donné d'utiles et savantes leçons d'anatomie pathologique et de bactériologie ; nous les prions de vouloir bien agréer l'assurance de notre gratitude.

Nos Professeurs à l'Ecole de Médecine de Poitiers, Monsieur le Docteur Chédevergne et Messieurs les Docteurs Buffet-Delmas, Chrétien, Brossard, Rolland, Launay ont bien voulu s'intéresser à nous au début de nos études ; nous les prions d'agréer l'expression de nos sentiments dévoués.

Monsieur Louis Martin, Préparateur à l'Institut Pasteur, a été pour nous, pendant son internat dans le service de M. le Pr Jaccoud, un ami fort bienveillant et nous ne pouvons oublier qu'en nous parlant souvent de ses travaux au laboratoire de Monsieur Roux, il a été pour nous un maître précieux.

Nous ne saurions non plus quitter l'hôpital de la Pitié sans remercier tous les internes qui, depuis deux ans, ont été chargés des différents services ; ils se sont montrés pour nous des amis et nous nous en souviendrons toujours.

Quant à nos amis Indor, Pasteau, Guillemot, internes de la Clinique chirurgicale, ils savent quels liens

nous unissent; qu'ils soient assurés de notre bien sincère attachement.

Nous aurions dû être l'externe de Monsieur le Professeur Berger au moment où nous finissions nos études, nous n'avons pu suivre son service avec toute l'assiduité que nous aurions désirée, il a bien voulu accepter néanmoins la Présidence de notre thèse: c'est un honneur que nous osions à peine espérer et dont nous lui garderons toujours la plus grande reconnaissance.

CHAPITRE I

L'AGENT PATHOGÈNE DE LA GRIPPE

Les symptômes propres à la grippe : invasion brusque, température rapidement élevée tombant par oscillations descendantes comme dans la fièvre typhoïde (Laveran), dépression extrême des forces donnant souvent lieu à des formes adynamiques (P^r Potain) (1), douleurs musculaires diffuses, durée de la convalescence, ont depuis longtemps conduit les observateurs à considérer la grippe comme une maladie infectieuse.

Nous voyons que, dès les premières épidémies du siècle, Radius (2), Lucchini, Martiny (3) et Leroy ne sont pas éloignés de croire que la grippe est une affection parasitaire. Nonat (4) croit qu'elle est le résultat d'un empoisonnement miasmatique. Mais l'opinion généralement admise par les médecins, et conforme aux idées de l'époque, est que cette affection n'est que le résultat d'un changement de l'atmosphère, de perturbations climatologiques, d'une diminution de l'ozone.

(1) Prof. Potain. — Asthénie grippale. Bull. méd., 30 mars 1890.

(2) Radius. — De influenza morbo. Lipsia, 1833.

(3) Martiny. — Die influenza oder grippe. Weimar, 1835.

(4) Nonat. — Grippe de Paris en 1837. Archiv. gén. de méd., 1837.

Pour Raige-Delorme (1), l'irritation ou l'inflammation de la muqueuse nasale ou bronchique n'est que l'effet d'une cause ou d'une altération profonde dont il n'est pas possible de déterminer la nature, mais dont on ne peut pas plus contester l'existence dans la grippe que dans les empoisonnements par les gaz délétères.

Et plus tard, Graves (2) ajoute « qu'il est probable que la grippe dépend avant tout de l'influence tellurique et qu'elle reconnaît pour cause quelques perturbations dans les agents physiques qui modifient la surface extérieure de notre planète; mais que dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne pouvons faire ici que des conjectures, sous peine de nous perdre dans des investigations purement spéculatives ». Dans son *Traité de pathologie*, M. le professeur Jaccoud (3), commentant cette déclaration, trouve qu'elle conserve toute sa valeur et qu'on ne peut y substituer aucune notion positive.

Récemment encore cette question de l'influence des modifications atmosphériques sur l'apparition de la grippe a été étudiée par M. Masson (4), et J. Martin (5) a publié en 1891 un travail intéressant sur le même sujet.

Mais, tout en restant des observateurs attentifs des

(1) Raige-Delorme. — Art. Grippe du Dict. en 30 vol., T. XIV.

(2) Graves. — Leçons de clinique médicale. Trad. et notes Jaccoud, 1882.

(3) Jaccoud. — *Traité de Pathologie interne*, T. III.

(4) Masson. — Soc. de méd. pub. et d'hygiène prof., mai 1891.

(5) J. Martin. — *Gaz. hebdomadaire*, 1891, p. 278.

conditions météorologiques qui président au développement de la grippe, les savants ont demandé à la bactériologie si ces conditions n'étaient pas la cause déterminante de la vitalité et de la virulence d'un microbe spécifique. La réponse ne devait pas trop se faire attendre, si bien qu'on peut classer dès aujourd'hui la grippe dans le cadre des maladies infectieuses dont l'agent pathogène est bien déterminé.

En effet, en 1889, M. Babes (1) décrit, le premier, une bactérie nouvelle trouvée dans les crachats des malades grippés; et en raison de l'aspect de tissu muqueux que donnent ses cultures, il la nomme bactérie muqueuse.

Au commencement de 1890, M. Gaucher (2) cultive le suc pulmonaire de la pulpe splénique et le sang du cœur, dans un cas de broncho-pneumonie pseudo-lobaire d'origine grippale. Il constate un petit bacille fin qui, inoculé, tue les souris, mais respecte cobayes et lapins. Il conclut donc qu'il existe des broncho-pneumonies grippales qui ne sont causées ni par le pneumocoque ni par le streptocoque.

D'autre part, Weichselbaum (3) essaie d'identifier les micro-organismes de l'influenza au pneumocoque de Talamon-Frankel. En même temps Nenhaus et M. Hayem (4) (dans des cas d'anémie) décrivent, chacun de leur côté, des corpuscules semblables et

(1) Babès. — Centralb. Bakt. 1890, n° 8.

(2) Gaucher. — Soc. méd. des hôp., 14 mars 1890.

(3) Weichselbaum. — Wiener, Klin. Wochensch., 1890.

(4) Hayem. — Soc. méd. des hôp., 21 janvier 1890.

de telle sorte que certains des pseudo-parasites de Hayem ou des corpuscules de Nenhaus correspondent assez bien aux formes vues alors par Klebs (1), et considérées comme des monades spéciales avec flagella, monades qu'il avait trouvées dans le sang des grippés. Mais MM. Chantemesse et Widal font voir bientôt que ce ne sont pas là des organismes spéciaux mais des globules sanguins déformés.

En 1891, MM. Teissier et Frenkel (2) observent des suppurations consécutives à l'injection d'une culture en bouillon d'un microbe qu'ils ont reconnu dans le sang et les urines des sujets atteints de grippe. Le pus recueilli et ensemencé a donné des diplo-bacilles analogues à ceux qui auraient été injectés ; il ne contenait aucun autre micro-organisme.

Dès 1890, Pfeiffer (3) avait rencontré, dans tous les cas d'influenza qu'il avait analysés, un bacille spécifique contenu dans les sécrétions des bronches. Il s'agissait d'un bâtonnet épais comme le bacille de la septicémie de la souris, mais deux fois moins long : parfois ce bâtonnet était disposé en chaînette. Des inoculations sont faites aux cobayes, rats, pigeons, souris ; elles échouent. Elles réussissent chez le singe et le lapin. Souvent cet auteur le voit dans le protoplasma des globules de pus (deux fois, ce pus provenait d'épanchements pleuraux).

(1) Klebs. — *Centralb. Bakt.*, t. VII, 1890.

(2) Teissier et Frenkel. — *Lyon méd.*, 1891.

(3) Pfeiffer. — *Deutsch med. Woch.*, 1890.

En 1892, Kitasato (1) parvient à en obtenir dix générations successives sur agar.

A la même époque, Canon (2) trouve dans le sang des malades un bacille que Koch déclare analogue à celui de Pfeiffer.

En avril de la même année, MM. Tissier, Roux et Pittion (3) décrivent un micro-organisme polymorphe donnant des spores sur pomme de terre et dont les effets pathogènes chez le lapin méritent une sérieuse attention. C'est le diplo-bacille signalé l'année précédente par MM. Teissier et Frankel et qui se présente sous la forme diplo-capsulaire entouré d'un halo ; ce bacille est très mobile et se cultive facilement sur agar.

MM. Cornil et Chantemesse (4), dans leur communication à l'Académie de Médecine, rappellent que le microbe de l'influenza décrit par Pfeiffer ressemble à celui qui avait antérieurement été signalé par Babès sous le nom de bacille muqueux, bacille transparent.

Ils ajoutent que les inoculations sur le lapin et le singe, ainsi que les cultures, viennent à l'appui de ce fait déjà énoncé : *que l'influenza est une maladie infectieuse, causée par une bactérie spéciale par sa forme, son mode de coloration et sa culture*. Toutefois, ils ajoutent qu'il est encore impossible d'affirmer cette proposition d'une façon absolue.

(1) Kitasato. — Deutsch med. Woch., 1892.

(2) Canon. — Soc. de méd. de Berlin, 1892.

(3) Tissier, Roux et Pittion. — Acad. de méd., avril 1892.

(4) Cornil et Chantemesse. — Bull. Acad. de médec., 1892.

Enfin, en 1893, Pfeiffer (1) complète l'étude de son bacille qu'il rencontre en quantité d'autant plus grande que la sécrétion bronchique est plus purulente.

Il s'agit de bâtonnets très fins à extrémités arrondies, souvent unis deux à deux. Ils sont immobiles et se colorent difficilement surtout en leur centre : c'est au Ziehl dilué qu'il faut s'adresser pour cette coloration. Ils ne prennent pas le Gram.

Ils se cultivent sur gélose recouverte de sang humain et y donnent au bout de 36 heures, à 37°, des colonies isolées et transparentes qu'on ne peut voir qu'à la loupe.

Ajoutons que récemment Bruschetti (2) et Brose ont déterminé chez le lapin des suppurations locales par des injections sous-cutanées de ces bacilles et que de nombreuses recherches, parmi lesquelles celles de Nastikow, d'Hubert (3), de Borchardt (4), de Pielicke ont confirmé les résultats obtenus par Pfeiffer.

Ce dernier, ayant isolé un organisme, dont il a pu obtenir des cultures pures par une heureuse modification de technique, a pu reproduire chez les animaux (singe et lapin) une maladie qui se traduit par des symptômes identiques à ceux de l'influenza chez l'homme ; il a donc rempli les conditions expérimentales nécessaires pour qu'on puisse considérer le bacille qu'il a décrit comme l'*agent spécifique de la grippe*.

(1) Pfeiffer. — Zeitsch. f. Hyg., 1893.

(2) Bruschetti. — Riforma medica, 1893.

(3) Hubert. — Zeitsch. f. Hyg., T. XV.

(4) Borchardt. — Berl. Klin. Woch., 1894.

CHAPITRE II

DES SUPPURATIONS DANS LA GRIPPE

Un des traits caractéristiques de la grippe est de provoquer, dans un grand nombre d'organes, des complications depuis longtemps connues. Ces complications ont été attribuées à l'action de microbes bien étudiés, tels que le streptocoque, le staphylocoque et le pneumocoque, pour ne citer que les principaux.

Au nombre de ces complications, les plus intéressantes pour le chirurgien sont les suppurations signalées par de nombreux auteurs; ce sont celles-là qui vont attirer le plus notre attention dans l'étude de l'évolution de la grippe chez les opérés.

a) RÔLE DU BACILLE DE PFEIFFER. — Et, tout d'abord, il faut se demander si le bacille de Pfeiffer est, par lui-même, capable de faire du pus. Nous avons peu de documents à ce sujet, et, si les expériences de Bruschinetti, de Brose, ont montré que le fait n'était pas impossible, il n'en reste pas moins bien établi que les suppurations constatées au cours ou au déclin de la grippe reconnaissent pour cause les agents pyogènes, hôtes habituels de l'économie.

b) RÔLE DU PNEUMOCOQUE. — Le pneumocoque a souvent été observé; dans une communication à l'Académie de médecine, M. le Prof. Jaccoud (1) fait part des recherches bactériologiques de M. Ménétrier, qui, dans des cas de pneumonies ou de broncho-pneumonies grippales, a trouvé quatre fois le pneumocoque, une fois seul, deux fois associé au streptocoque, avec adjonction de quelques staphylocoques, et une autre fois accompagné du pneumo-bacille de Friedlander. Ces faits sont d'ailleurs semblables à ceux que M. Ménétrier a consignés dans sa thèse (2), où nous relevons cinq cas d'infiltration purulente ou d'abcès pulmonaires, coïncidant dans deux autopsies avec un exsudat fibrino-purulent à la surface de la plèvre et des hémisphères cérébraux.

L'action du pneumocoque ne se limite point aux poumons et M. le Prof. Verneuil (3) cite un cas d'arthrite sterno-claviculaire post-grippale, avec endocardite infectieuse et abcès sous-pectoral où on n'a pu déceler d'autre agent. MM. Clado et Beretta (4), de leur côté, ont observé une otite de même nature.

c) RÔLE DU STAPHYLOCOQUE. — Quant au staphylocoque que nous venons de voir associé parfois, MM. Letulle (5), Rendu, ont publié plusieurs observations de pleurésies purulentes, d'origine grippale, où ils l'ont trouvé seul.

(1) Jaccoud. — Bull. Acad. méd., 1890.

(2) Ménétrier. — Thèse 1887.

(3) Verneuil. — Bull. Acad. méd., 1890.

(4) Clado et Beretta. — Bull. Acad., janvier 1890.

(5) Letulle. — In Thèse de Jarre, 1890.

d) RÔLE DU STREPTOCOQUE. — Mais, de tous les micro-organismes accusés des accidents pyogènes au cours ou au déclin de la grippe, c'est le streptocoque qui semble être le plus souvent en cause.

Nous sommes heureux de rappeler à ce propos la leçon clinique que M. le Prof. Jaccoud a consacrée à l'étude de l'infection secondaire par les microbes de la suppuration associés au parasite de la pneumonie, lors de l'épidémie de grippe en 1889. Dans l'une de ses Observations, il s'agit d'un malade atteint de pneumonie en pleine période de résolution et chez lequel survient tout-à-coup une aggravation de l'état général; il succombe à l'infection pyohémique avec abcès miliaires dans les deux reins, arthrites suppurées de l'épaule droite et du genou droit. Toutes ces lésions renfermaient des streptocoques.

M. le Professeur Bouchard (1) obtient aussi de belles et pures cultures de streptocoques à propos de ses recherches sur le mucus bronchique, les pleurésies et les amygdalites d'origine grippale.

D'autre part, MM. Vincent et Vaillard (2), au Val-de-Grâce, l'ont toujours trouvé dans les empyèmes qu'ils ont dû faire pour des épanchements pleuraux compliquant l'influenza; et M. Vaillard, étudiant le rôle considérable de cet agent dans le développement des complications grippales, s'étonne de ne l'avoir

(1) Bouchard. — Bull. Acad. de méd., 1890.

(2) Vincent et Vaillard. — Soc. méd. des hôp., 1890.

jamais trouvé dans le sang sur le vivant, alors qu'il était dans les crachats.

M. Burlureaux, lui aussi, à l'autopsie d'un malade ayant succombé à l'influenza, trouve le streptocoque « fourmillant dans la rate et les autres viscères ».

Puis c'est M. Netter qui, dans une communication à la Société médicale des Hôpitaux (1890), rapporte 7 cas de pleurésies grippales dans lesquelles l'examen bactériologique ne décele que les streptocoques. C'est encore le streptocoque que M. Gaucher trouve dans deux cas de suppurations cutanées dues à la grippe ; c'est encore lui que M. Lemoine, de Lyon, rencontre dans le pus de parotidites de même origine.

Nous ne saurions mentionner tous les faits de même nature ; c'est leur fréquence qui faisait dire à M. Hanot (1) : « Parmi les micro-organismes rencontrés le plus souvent comme facteurs des complications locales et générales au cours ou au déclin de la grippe, le streptocoque est certainement l'un des plus fréquents et l'on peut dire que c'est le véritable familier du microbe encore inconnu de l'influenza.

» Le streptocoque semble même trouver en lui un puissant auxiliaire pour se manifester au plus haut degré de sa virulence, tantôt réalisant pour son compte l'infection générale, la septicémie streptococcique, tantôt créant des infections locales, pleurales, pulmonaires, méningées, tantôt enfin jouant le rôle de simple agent pyogène. Dans bien des cas il se substitue à

(1) Hanot. — Soc. méd. des Hôp., juillet 1893.

lui et commande seul à la fois la symptomatologie et le pronostic de l'affection. »

e) LOCALISATIONS DE LA SUPPURATION.— Les microbes qui provoquent la suppuration dans la grippe nous étant connus, il nous reste maintenant à examiner quels sont les organes le plus souvent atteints par les suppurations grippales.

Comme on devait s'y attendre, c'est surtout dans le domaine des cavités respiratoires et leurs annexes que ces complications ont été observées.

Nous avons déjà parlé des *abcès pulmonaires* étudiés par M. Ménétrier, des pleurésies purulentes rapportées par un grand nombre d'auteurs ; ajoutons que Kundrat a publié 14 cas de *broncho-pneumonies* avec foyers purulents et que M. Chantemesse a signalé à la Société médicale des Hôpitaux des cas de *bronchites fétides*.

Cartaz, Gellé (1) ont fait connaître des *amygdalites suppurées*, et Weichselbaum *dix empyèmes des sinus frontaux et maxillaires*.

Les complications auriculaires sont très fréquentes par suite de la facilité avec laquelle les affections catarrhales de la muqueuse nasale gagnent la trompe d'Eustache et même la caisse du tympan. Un des premiers, Lævenberg les signale : chez quelques malades il n'y a que de *légers troubles catarrhaux de la trompe et de la caisse* ; mais chez un grand nombre on retrouve le tableau de l'*otite moyenne* classique caractérisée par des douleurs intenses qui cessent au moment

(1) Gellé. — Méd. Mod., janvier 1890.

de l'établissement d'une perforation tympanique et par l'écoulement purulent.

Les *suppurations de l'apophyse mastoïde* avec toutes leurs conséquences, au point de vue chirurgical, ont donné lieu à de nombreuses publications.

Les *complications oculaires* sont souvent notées par M. Comby dans les observations de 218 enfants atteints de grippe : cinq fois c'est la conjonctivite purulente.

Bien moins souvent les téguments externes, le tissu cellulaire sous-cutané et sous-musculaire, les muscles, les ganglions ont été le siège de suppurations.

Leloir a observé 14 cas d'éruption furoncleuse au déclin de la grippe.

Enfin, Lehmann, dans sa thèse, a décrit deux cas de septicémie aiguë, dont un dans le service de M. Landrieux.

EN RÉSUMÉ, la grippe se complique fréquemment de suppurations ; c'est une des maladies où les associations microbiennes paraissent jouer un grand rôle et on pourrait à ce propos la comparer à la fièvre typhoïde. Le mécanisme de ces complications reconnaît comme cause probable :

1° L'exaltation de la virulence des microbes pyogènes que l'on rencontre à l'état normal dans les cavités naturelles ; 2° la diminution de la résistance de l'organisme sous l'influence de l'infection première.

CHAPITRE III

ACTION DE LA GRIPPE SUR LES PLAIES OPÉRATOIRES

Dans le précédent chapitre nous avons vu combien la grippe provoque facilement des suppurations. Il faut nous demander maintenant si, lorsqu'elle éclate chez un malade récemment opéré, elle peut apporter des modifications du côté de la plaie. C'est là une question de la plus grande importance, car la première idée qui vient à l'esprit du chirurgien qui voit se déclarer des phénomènes fébriles chez un opéré, est qu'une infection de la plaie opératoire s'est produite malgré toutes les précautions prises pour l'éviter.

Au sujet de cette action possible de la grippe sur les opérés, M. le Prof. Verneuil a communiqué à l'Académie de Médecine, en 1890, un mémoire dans lequel il se prononce pour l'affirmative.

A vrai dire, la question est délicate, car d'une part nous manquons de criterium pour apprécier si les accidents fébriles sont bien dus à la grippe. La plupart du temps, la maladie se peut juger par les complications thoraciques qui l'accompagnent si fréquemment. Mais lorsqu'on a affaire à ces formes de

l'influenza dans lesquelles les symptômes abdominaux prédominent, on comprend que le diagnostic reste indécis, particulièrement quand l'opération a porté sur la cavité abdominale.

Dans ce chapitre, nous ne voulons nous occuper que des modifications qu'elle peut faire apparaître, d'après M. Verneuil, au siège de l'opération.

Voici les observations sur lesquelles cet éminent maître s'appuyait pour affirmer ses conclusions.

OBSERVATION I

(Liot, in M. Verneuil. Bull. Acad. méd., 1890). — Anévrysmes poplités opérés. — Grippe. — Mort.

Un homme de 60 ans, gai, bien portant, présente deux anévrysmes poplités, l'un à droite, très volumineux, l'autre à gauche, de plus petite dimension. L'anévrysme droit est extirpé le 16 novembre. Incision de 20 centimètres, réunion immédiate sans drain. Tout va à souhait. On note comme unique accident une escharre du diamètre d'une pièce de 2 francs à la partie inférieure et externe de la jambe.

Le 2 décembre, attaque de grippe, avec broncho-pneumonie qui ne paraît retentir en aucune façon sur le membre opéré. L'articulation du genou est souple, indolente et mobile. L'escharre n'est point encore détachée. Le malade guérit de la grippe, mais reste faible, maigrit, tousse, dort mal et manque d'appétit.

Le 16 janvier il paraît cependant assez solide pour qu'on attaque l'anévrysme gauche. L'opération beaucoup plus rapide consiste uniquement dans la ligature de l'artère poplitée au-dessus du sac. La réunion primitive est obtenue facilement.

Neuf jours après, le 25, congestion pulmonaire, fièvre, excitation cérébrale, gonflement douloureux du genou droit.

Mort le 27, quarante-huit heures après.

Autopsie. — Hépatisation grise des deux tiers inférieurs du poumon gauche. Le dernier foyer opératoire, genou et creux

poplité gauches, absolument intacts. Du côté droit, opéré le 16 novembre, creux poplité sain, mais arthrite purulente du genou ; puis le long du tronc tibio-péronier, fusée purulente rejoignant l'escharre de la partie inférieure et externe de la jambe.

OBSERVATION II

(William Bennet, in Verneuil, *ibid.*)

Un kyste sébacé fut enlevé de la région frontale d'un officier robuste. La plaie opératoire guérit comme d'habitude par première intention. Trois jours après l'opération la grippe survint : douze heures plus tard, la ligne de réunion de la plaie se désunit rapidement, donnant lieu à une vaste cavité suppurante qui se cicatrise lentement par granulations.

OBSERVATION III

(William Bennet, in Verneuil, *loc. cit.*)

Ablation d'un lipôme de la cuisse chez un sujet robuste et en bonne santé. La plaie guérit rapidement et était complètement cicatrisée cinq jours après l'opération. Le lendemain la grippe survint. Presque immédiatement la ligne de réunion s'ulcéra, toute la cicatrice se rompit. Il en résulta une vaste cavité suppurante qui ne se cicatrisa ensuite que très lentement.

Ces Observations sont fort intéressantes, elles semblent évidemment s'appuyer sur des faits certains, mais à y regarder de plus près et malgré l'autorité scientifique de l'auteur, il nous semble difficile de mettre sur le compte de la grippe les accidents purulents mentionnés dans ces observations.

En effet, dans l'Observation I, il est des points de détail qui nous semblent fort importants bien qu'ils soient relégués au second plan. Il faut noter d'abord

qu'il existait une escharre non loin de la plaie opératoire. A l'autopsie, l'articulation était remplie de pus, mais nous faisons observer qu'on a trouvé une fusée purulente qui, au dire même de l'auteur, reliait la cavité articulaire à la surface sacrifiée. Ne peut-on pas aussi bien conclure que l'escharre paraît avoir été la porte d'entrée d'une infection secondaire, indépendante de la grippe, et pour preuve de l'hypothèse fort probable que nous avançons, nous ferons remarquer que du côté de la seconde plaie opératoire, là où rien ne pouvait l'infecter, on n'a pas trouvé de suppuration.

Dans l'Observation II, il s'agit d'un kyste sébacé opéré chez un homme robuste qui prend la grippe trois jours plus tard. Douze heures après, la plaie n'est plus qu'une vaste cavité suppurante. Peut-on accuser la grippe d'avoir produit en quelques instants une suppuration aussi nette, aussi abondante, aussi grave ? Alors même que son agent, si rarement pyogène, eut pu être mis en cause, ce n'est pas en un laps de temps si court qu'il aurait pu déterminer de tels accidents ? Il nous semble que cette Observation peut être interprétée tout autrement.

Les trois jours qui séparent l'intervention chirurgicale de l'apparition du pus constituent le temps nécessaire aux microbes pyogènes ordinaires pour accomplir leur œuvre. Quelques-uns d'entre eux devaient être là, préexistant à l'attaque de grippe, et, naturellement, cette maladie a pu en favoriser le

développement; c'est là, pour nous, tout ce qu'on peut dire. Quant à l'Observation III, elle est passible de la même critique.

Il nous semble que, dans ces Observations, pas plus que dans l'étude des phénomènes généraux, il n'y a de critérium qui puisse nous faire affirmer qu'une suppuration en tissus sains soit du fait de la grippe. Les causes d'erreur provenant d'une défaillance de l'antisepsie sont si nombreuses, si faciles à commettre qu'il nous semble bien plus logique de leur attribuer l'apparition du pus et d'imputer à cette suppuration la fièvre et les phénomènes généraux observés chez les malades, dont nous regrettons de ne pas avoir sous les yeux les tracés thermiques, la relation de l'état général et de tous les symptômes; car, sans une description détaillée de tous les éléments d'une Observation, on ne peut porter une conclusion bien certaine ni affirmer un diagnostic.

Peut-être, lorsque l'opération chirurgicale a porté sur des tissus morbides et que la réunion immédiate n'a pas été faite, pourrait-on penser que l'action pyogénique de la grippe se révélerait plus facilement. Ceci est d'ailleurs encore bien discutable: en effet, si nous nous reportons aux observations de Trélat, communiquées par son chef de clinique, M. Walther, à M. le Prof. Verneuil, nous voyons qu'elles ne mentionnent nullement une pareille action: la seule influence qu'elle ait exercée dans les cas d'abcès

froids grattés et bourrés de gaze iodoformée, par exemple, est une lenteur remarquable de la réparation, un arrêt plus ou moins long dans la cicatrisation qui ne reprend sa marche que plusieurs jours après la cessation complète des symptômes aigus et de la fièvre.

En résumé, que conclure de tout cela ? *Faut-il, avec M. Verneuil, dire que la grippe fait suppurer les opérations aseptiques, même quand la cicatrisation est obtenue ? Faut-il, au contraire, penser que la grippe est sans influence aucune sur la cicatrisation des plaies ?* Il nous semble qu'aucune de ces opinions n'est la vraie. M. le prof. Berger et M. Peyrot avaient sans doute raison quand ils déclaraient, en 1890, que les maladies chirurgicales s'étaient comportées chez les grippés comme elles se comportent en temps ordinaire, et certes on ne saurait trop louer M. Jaru d'avoir posé nettement ce principe dans sa thèse.

Mais cependant la grippe est une maladie débilitante au premier chef, elle met l'individu dans un état d'infériorité notable de réaction physiologique et il est fort admissible que lorsqu'une plaie suppure, que lorsqu'on cherche une cicatrisation et que l'organisme est débilité, ce travail de réparation soit entravé jusqu'à un certain point. La cicatrisation sera plus longue, elle s'arrêtera peut-être presque complètement.

Cela n'a rien qui rebute l'esprit, mais nous ne saurions admettre, nous le répétons, tant à cause des

observations que nous publions à la fin de ce travail qu'à cause de l'insuffisance des renseignements cliniques des observations de M. Verneuil, nous ne saurions admettre, disons-nous, qu'une plaie aseptique faite chez un individu non infecté, et pansée aseptiquement, peut suppurer du fait seul de la maladie grippale.

CHAPITRE IV.

SYMPTOMATOLOGIE — DIAGNOSTIC

A. Causes de l'infection grippale chez les opérés.

Nous venons de voir que la grippe peut, à elle seule, expliquer différentes suppurations, mais nous savons aussi que jamais elle n'engendre la désunion de plaies opératoires aseptiques.

Nous allons ajouter maintenant que *lorsqu'elle se manifeste après des traumatismes chirurgicaux, elle n'emprunte pas aux circonstances un cortège particulier.*

La lecture des observations publiées et les faits que nous avons pu constater par nous-même ne nous ont pas révélé la présence d'une forme spéciale à la suite des interventions. L'affection semble évoluer ici comme dans les autres cas ; la cause principale, on pourrait presque dire l'unique raison de l'infection grippale, résidant ici, comme précédemment, dans le contagement épidémique.

Une opération ne peut par elle-même la déterminer. *C'est à peine si on pourrait dire qu'en affaiblissant le malade, qu'en le mettant dans un état de moindre résistance physiologique, l'intervention favorise l'éclosion de la maladie.*

Cependant, si l'opération n'agit pas par elle-même, elle peut, par les circonstances qu'elle nécessite, avoir une influence incontestable sur certaines localisations grippales et, en particulier, sur les affections cardiaques, d'ailleurs mal connues, et surtout sur les localisations broncho-pulmonaires, qui sont, dans la grippe, de beaucoup les plus fréquentes.

C'est ainsi que l'on pourrait faire jouer à l'anesthésie par l'éther le rôle de cause prédisposante.

Les complications broncho-pulmonaires, consécutives à son inhalation, ont été l'objet de nombreuses remarques : l'irritation de la muqueuse laryngo-trachéale, la sécrétion exagérée de la muqueuse bronchique ont été notées par tous les chirurgiens qui ont employé cet anesthésique. Des complications plus graves ont même été signalées ; il est vrai d'ajouter que, presque toujours, les malades qui en ont été victimes étaient antérieurement atteints d'une affection chronique des bronches ou des poumons. La congestion déterminée par l'éther amenait alors une aggravation de la maladie primitive, quelquefois même une terminaison fatale.

Aussi, malgré les Observations de Fueter (1), à la clinique de Duncan de Berne, M. Chalot (2) conseille-t-il d'éviter l'emploi de cet anesthésique, non seulement dans les cas d'une affection ancienne des voies respiratoires, mais même quand l'étude des

(1) Fueter. — In Chalot, loc. cit.

(2) Chalot. — Revue de chirurgie, 1894, p. 366.

anamnestiques permet de découvrir « des traces de bronchite chronique ou simplement une délicatesse particulière des bronches ».

Avec cette susceptibilité de la muqueuse respiratoire à l'éther, il serait peut-être permis de penser que *au cours d'une épidémie de grippe, l'éthérification peut être accusée d'avoir favorisé l'invasion de la maladie*: dans deux de nos observations (IV et V), nous retrouvons l'anesthésie par l'éther.

Sans vouloir tirer une conclusion d'un nombre de faits aussi restreints nous croyons devoir signaler cette hypothèse.

B. Grippe chez les opérés.

Il n'entre pas dans le cadre de notre travail de tracer ici le tableau clinique de la grippe. Ce tableau clinique peut varier; les différentes formes de la maladie peuvent se rencontrer après les opérations.

Nous croyons seulement qu'au point de vue du diagnostic il est utile de réunir les différents cas de grippe post-opératoires en deux groupes, suivant qu'il y a ou non des symptômes pulmonaires.

1^{re} FORME. — PRÉDOMINANCE DES SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. — On sait que dans un grand nombre de cas, les symptômes thoraciques font défaut, soit au moment du début, soit même pendant toute la durée de la maladie. Le malade ressent alors des névralgies vagues, se plaint de courbature, de douleurs musculaires ou articulaires, de lumbago.

La fièvre apparaît en même temps, atteignant parfois 39°, 39,5, s'accompagnant de délire, d'agitation (Obs. XI et XII). Dans d'autres circonstances c'est de l'abattement (Obs. VI), de la prostration que l'on observe.

Tous les appareils peuvent d'ailleurs être atteints par l'infection grippale; nous n'insisterons pas sur les formes névralgiques, cérébrales et cardiaques et nous ne ferons que citer pour mémoire la forme gastro-intestinale à laquelle on pourrait rapporter l'observation IX.

I. — L'incubation étant relativement courte, c'est quelquefois dès les premières heures (Obs. IX), plus souvent dans les trois ou quatre premiers jours qui suivent l'opération, que l'inquiétude du chirurgien sera mise en éveil. Nous laisserons en effet au second plan ces cas où la grippe, n'étant qu'une complication tardive, ne peut donner lieu à la même difficulté de diagnostic.

A-t-on affaire à une infection rapide, aiguë, dans laquelle l'abattement, la fièvre, quelquefois même le délire surviennent, accompagnés ou non de frissons, dans les premières heures? (Obs. IX). Une des premières idées qui viendront nécessairement à l'idée du chirurgien, sera la possibilité d'une *septicémie aiguë*. C'est dans ces cas surtout qu'un diagnostic rapide viendra, en tranquillisant l'opérateur, rendre au malade et à son entourage un très grand service, car ce diagnostic indiquera la conduite à tenir en militant ou non pour une intervention nouvelle.

A l'époque actuelle, lorsqu'après une opération qui a porté soit sur la cavité abdominale elle-même, soit sur les parties qui l'avoisinent, si le chirurgien voit survenir des symptômes qu'il peut rapporter nettement à une infection de la grande séreuse péritonéale, il ne doit pas hésiter à intervenir. De la rapidité d'une décision dépend la vie de son malade : c'est la seule chance de salut.

Or, dans plusieurs des observations que nous rapportons (Obs. VIII et IX), les symptômes inquiétants ont éclaté presque aussitôt après l'opération ; aucune localisation viscérale ne pouvait à ce moment mettre sur la voie d'un diagnostic précis. Dès lors, on pouvait et on devait se demander si une infection commençante n'invitait pas à une action énergique et complète. Fallait-il faire subir aux malades une seconde intervention d'autant plus sérieuse qu'elle survenait sur un organisme déjà affaibli par une opération antérieure ? Fallait-il désunir la cicatrice en voie de consolidation ? C'était là, il faut bien l'avouer, une bien grave détermination à prendre, et pourtant, c'était la seule qui eût pu sauver les malades si réellement l'infection avait existé.

Dans un des cas que nous rapportons, et qui est particulièrement typique, celui d'une cure radicale pour hernie inguinale chez un homme de 45 ans, les symptômes généraux survenus dans les 48 heures qui suivirent l'intervention furent tellement inquiétants

que le 3^e jour, on défit le pansement, croyant à la nécessité d'intervenir.

Mais la suture était sèche ; il n'y avait pas la moindre rougeur, la plus petite douleur à la pression. La cause des phénomènes inquiétants était ailleurs et l'évolution d'une grippe à déterminations pulmonaires donna ultérieurement l'explication de ces accidents.

Sur quoi donc baser le diagnostic dans des cas semblables ? A-t-on affaire à un cas de septicémie, en même temps que le thermomètre indique une élévation de température considérable, le pouls devient extrêmement faible, sa fréquence est telle qu'il arrive à être incomptable. Enfin, il nous faut signaler la présence de frissons prolongés et très violents, accompagnés souvent de sueurs froides. Le faciès est grippé, les sillons naso-labiaux très accentués, les yeux excavés, la langue sèche ; le malade se plaint d'une gêne considérable à la base du thorax, d'une sensation de constriction pénible qui l'étouffe ; la voix est faible, parfois même éteinte, les mouvements ralentis et sans force.

Pour ce qui est de la grippe, au contraire, il faut se préoccuper des conditions de milieu ; la constatation d'une épidémie régnante est d'une importance considérable, mais au point de vue clinique, c'est surtout sur la température et bien plus encore sur l'état du pouls qu'il faudra se guider.

Même dans les formes graves de la grippe, le tableau est rarement aussi accentué. Les frissons,

moins violents, font souvent défaut. La température s'élève rarement avec la même brusquerie, et le plus souvent elle n'atteint pas une aussi grande hauteur. Enfin, caractère très important, la palpation de l'artère, indiquant une augmentation du nombre des pulsations, ne fait pas constater la diminution de leur force, en même temps que la température s'élève. Le pouls ne prend pas cette allure rapide, brusque, courte, sur laquelle nous avons entendu insister notre maître, M. Lejars (1), dans une de ses leçons cliniques.

Nous devons dire aussi que si on a affaire à une de ces formes de la grippe, heureusement rare, qu'on a pu qualifier de pyohémique (obs IX), le diagnostic sera aussi impossible au lit du malade qu'après l'autopsie.

II. Voit-on dans d'autres circonstances, deux ou trois jours après une intervention chirurgicale, et sans cause appréciable, la température s'élever, des phénomènes généraux apparaître (Obs. VI) ? Il faut se mettre en garde contre d'autres accidents post-opératoires, bien moins graves que celui que nous venons d'étudier.

Un léger *embarras gastrique* peut être la cause de l'élévation thermique et disparaître aussitôt après une purgation. — Nous rappellerons à ce propos la communication de M. Nicaise et de M. le Prof. Verneuil (2) à la Société de chirurgie. Ces auteurs ont bien montré, en revenant sur les idées de M. Lucas-

(1) Lejars. — Leçons de chirurgie, 1894, p. 8.

(2) Verneuil. — Soc. chirurg., 26 juillet 1893.

Championnière, que le régime que doivent subir les malades après les opérations est très important : l'emploi des purgatifs doit être considéré comme une excellente mesure ; l'alimentation doit commencer par des aliments liquides et augmenter ensuite progressivement.

Nous signalerons ici pour mémoire l'apparition possible de fièvres graves qui, pour être exceptionnelle, n'en existe pas moins ; c'est ainsi qu'il y a peu de temps encore, notre maître, M. le Dr Lejars, nous citait ce fait extraordinaire : l'apparition d'une *fièvre typhoïde* au lendemain d'une laparotomie.

L'infection par le bacille d'Eberth existait bien avant l'opération, mais l'absence de tout symptôme antérieur ne permettait absolument pas de prévenir l'éclosion de la maladie.

Il faut signaler encore le *retour d'accidents palustres*, qui seraient déterminés par le traumatisme chirurgical. Plusieurs Observations en ont été publiées (1) ; ce n'est pas le lieu ici de traiter cette question ; il est d'ailleurs possible que, sous le nom de paludisme, on ait fait passer des accidents bien différents dans des cas embarrassés.

Quoi qu'il en soit, la triade symptomatique de la fièvre intermittente pourrait alors ne pas être complète ; la température et le frisson exister seuls et induire en erreur, si on n'a pas eu soin d'examiner minutieusement les antécédents pathologiques du malade.

(1) Verneuil. — États constitutionnels et traumatisme, p. 383.

Citons encore les symptômes *d'intoxication par les antiseptiques* : iodoforme, sublimé, acide phénique, qui, presque toujours, s'accompagnent d'une éruption et de troubles urinaires caractéristiques.

Il nous reste maintenant à examiner le cas le plus fréquent et à trouver le diagnostic le plus important.

L'état général, qui, d'abord, était bon, va petit à petit en s'affaiblissant, le malade accuse de légers frissons. La température du soir est de quelques dixièmes plus élevée que la normale ; ces phénomènes persistent pendant plusieurs jours (Obs. IX).

L'idée qui vient alors à l'esprit est celle d'une *infection locale de la plaie*, d'une *suppuration partielle*. Si, en même temps que les phénomènes que nous venons d'indiquer, se manifestent des symptômes pulmonaires, et s'il y a concomittance d'une épidémie grippale, le diagnostic de grippe s'imposera.

Cependant, en présence d'une température à oscillations notables, parfois régulières, même si l'opéré ne se plaint pas de sa plaie, le devoir du chirurgien, est, dans ce cas, de regarder, sans plus attendre, de ce côté, et il y a bien longtemps déjà, qu'on a posé comme règle générale, *qu'aussitôt que la température s'élève après une opération, la plaie doit être examinée*, car si la moindre rougeur fait soupçonner quelque infection, il faut désunir la plaie sur une étendue plus ou moins grande. Ce n'est que lorsque aucun symptôme n'existe du côté de la plaie que l'on peut être embarrassé et c'est alors seulement qu'on peut penser à

une maladie concomittante et particulièrement à la grippe, en cas d'épidémie. C'est d'ailleurs l'évolution de la maladie qui, en aboutissant à des déterminations viscérales, pourra faire porter un diagnostic précis.

2^e FORME. — PRÉDOMINANCE DES SYMPTÔMES BRONCHOPULMONAIRES. — Dès le soir d'une intervention, parfois cependant dans les jours qui suivent (Obs. IV et VII), la respiration s'embarrasse ; le malade est assis sur son lit, a l'air inquiet et cherche à suppléer par le nombre de ses respirations à leur insuffisance ; il y a un léger degré de coryza, de la céphalalgie.

Puis bientôt apparaît une toux sèche, difficile et en même temps de la raucité à la voix ; des quintes plus pénibles surviennent dans la soirée et pendant la nuit. Cette toux devient rapidement plus humide et s'accompagne d'une expectoration d'un mucus grisâtre qui ne tarde pas à être striée de filaments purulents ; il n'est pas rare d'observer des nausées, des vomissements qui affaiblissent singulièrement l'état général.

Mais si la dyspnée est intense, le point de côté est en général peu marqué, et nous insistons sur ce fait.

En présence de ces symptômes, le premier soin est d'examiner les organes thoraciques ; la percussion ne fournit en général que peu de renseignements. L'auscultation elle-même donne des renseignements variables : tantôt il s'agit d'une respiration rude, d'un sifflement laryngé dont le retentissement se fait entendre

plus ou moins bas, tantôt ce sont des râles sibilants rares et disséminés, accompagnés parfois de gros râles bullaires.

Mais aucune localisation précise ne peut être accusée. Il faut encore ajouter à ce tableau tout l'ensemble des symptômes généraux, douleur, lassitude : céphalée frontale plus ou moins intense.

Ici ce diagnostic est facile, il s'agit d'un tableau clinique bien déterminé et qui ne peut laisser dans l'esprit aucun doute.

Cependant, dans des cas aussi nombreux, l'aggravation d'un symptôme, à l'exclusion des autres ou d'une partie d'entre eux, pourra causer quelques embarras. C'est ainsi que, quand le point de côté est très violent et coïncide avec une ascension brusque de la température, avec de la toux sans expectoration ni signes stéthoscopiques, on conclut plus facilement à la *pneumonie*. — L'évolution de la maladie, les modifications de la respiration, l'apparition du souffle tubaire, les crachats pathognomoniques viendront vite faire le diagnostic.

Ou bien encore une expectoration sanglante avec dyspnée particulièrement intense et asphyxie croissante (Obs. V et VII), en disproportion avec les signes révélés par l'auscultation, pourront faire craindre une *tuberculose aiguë*. Mais, dans la grippe, ces symptômes sont de peu de durée.

Un peu plus tard, et surtout si on se trouve en présence d'un malade âgé, on pourra trouver des

râles localisés aux deux bases et on poserait facilement le diagnostic de *congestion hypostatique*, s'il n'existait en même temps d'autres symptômes dont l'explication ne cadre pas avec cette entité clinique.

Tout ce que nous avons dit doit-il faire certifier que toutes les fois qu'un malade aura des symptômes bien francs de localisation pulmonaire, le chirurgien devra éliminer d'emblée toute responsabilité ou du moins déclarer que la maladie nouvelle n'est en rien imputable à son opération? Evidemment, non.

Les observations de *bronchites infectieuses* ont été trop nombreuses pour permettre de parler ainsi; mais nous dirons à l'honneur de la chirurgie actuelle qu'on ne trouve aujourd'hui que très rarement des accidents semblables, alors qu'ils étaient si nombreux avant la vulgarisation de la méthode antiseptique.

C'est toujours, en effet, dans les cas de plaies bien nettement infectées, c'est toujours, ou dans le cours de la septicémie, ou du moins dans des cas d'infection grave, que l'on a rencontré de semblables accidents.

Ces erreurs pourraient être évitées si on réussissait à cultiver les crachats quand ils existent, et à y trouver le bacille spécifique de Pfeiffer; mais il faut bien le dire, il y aura toujours un écart considérable entre l'étude scientifique d'une maladie et son observation clinique à proprement parler.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Ce chapitre résulte immédiatement du précédent. Deux choses sont à considérer chez un opéré atteint de grippe :

1° Quel est le pronostic de la grippe ? Ou en d'autres termes, la grippe est-elle influencée par l'opération ?

2° Quel est le pronostic de l'opération quand la grippe arrive comme complication ?

A la première question nous répondrons que les interventions chirurgicales n'influencent en rien la marche habituelle de la grippe qui conserve ici un pronostic variable avec la gravité des symptômes, la malignité épidémique et la force de résistance du sujet.

Pour la deuxième question, nous disons que les suites opératoires n'empruntent à la grippe aucun symptôme inquiétant. Cette complication accidentelle n'amènera pas de suppurations dans la plaie et ne pourra seulement en débilitant le malade que prolonger sa convalescence.

OBSERVATION IV (Inédite)

Communiquée par M. le D^r Lejars

Goître unilatéral droit. — Extirpation. — Broncho-pneumonie grippale.
Broncho-pneumonie grippale éphémère. — Guérison.

M. ., 22 ans, domestique, entre à l'Hôpital Beaujon, le 22 février 1895.

Forte fille, de teint coloré, et toujours bien portante. Il y a 5 ans, elle s'aperçut de l'existence, au côté droit du cou, d'une tumeur grosse comme une noisette, parfaitement mobile et indolente. La petite masse resta dans le même état pendant trois ans; puis, sans cause appréciable, elle commença à s'accroître, et peu à peu, acquit le volume qu'on lui trouve aujourd'hui, sans provoquer autre chose qu'une gêne constante et une déformation de plus en plus accentuée.

Depuis peu de temps, la respiration est un peu entravée au moins dans la marche rapide.

On constate, sur la partie latérale droite du cou, faisant relief au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien, au dessous du larynx, une tumeur ovoïde, du volume d'une petite orange qui se déplace avec les mouvements respiratoires, et qui se mobilise aisément dans tous les sens, jusqu'à passer presque entièrement du côté droit. Elle est d'une consistance ferme, régulière et lisse de surface, indolente. Une sorte de pédicule épais semble se détacher de son pôle supérieur et le prolonger en haut.

Cette pseudo-mobilité permet d'hésiter un peu, et de penser à l'éventualité d'un kyste dermoïde. Mais le déplacement si net et le mouvement de va et-vient coïncidant avec la respiration rendent extrêmement probable l'hypothèse d'une hypertrophie localisée du corps thyroïde, d'un goître unilatéral. L'ablation est pratiquée le 25 par M. le D^r Lejars. Incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien droit, les plans aponévrotiques et musculaires antérieurs du cou une fois sectionnés, on tombe sur une tumeur grisâtre, sillonnée d'un lacis veineux, et qu'on reconnaît aisément pour le lobe thyroïde droit hypertrophié. On l'enuclée sans peine, on pince et l'on sectionne les pédicules et on poursuit l'isolement jusqu'à l'isthme, au devant de la trachée mise à nu : section de l'isthme et ablation de la masse qui a le volume d'une grosse mandarine. Réunion par un surjet profond et les sutures cutanées ordinaires.

L'anesthésie a été faite à l'éther. L'opération n'a duré qu'une demi-heure environ.

Dès le lendemain matin, la température est à 38° 5 ; dyspnée assez intense ; toux quinteuse, très douloureuse ; face très rouge, sueurs. — On trouve, à la partie moyenne du poumon droit des râles fins, crépitants, et du souffle. Au dessus et en dessous et dans le poumon gauche des râles disséminés de bronchite.

La région opérée ne présente rien de particulier : la toux y retentit douloureusement, ce qui n'a rien d'étonnant, mais il n'y a ni douleur à la pression, ni œdème, ni trace d'inflammation. Pour tout pansement, on a appliqué sur la ligne de suture, une lamelle de gaze iodoformée, collodionnée. Ventouses scarifiées. Potion de Tood. Inhalations d'oxygène.

Le 27, l'état est à peu près stationnaire, le souffle et les râles fins persistent, la dyspnée est toujours assez intense. Meilleur état général.

L'amélioration se fit, dès lors, assez rapidement. La toux et l'expectoration muqueuse continuèrent encore quelques jours.

Le 7 mars tout était terminé, et la malade quittait l'hôpital.

La plaie opératoire s'était parfaitement réunie, sans que les accidents pulmonaires aient en rien réagi sur elle.

OBSERVATION V (Inédite)

Communiquée par M. le D^r Lejars

Salpingo-ovarite droite. — Laparotomie. — Broncho-pneumonie grip-pale grave. — Guérison.

Marie C..., 23 ans, couturière, entre à l'Hôpital Beaujon, salle Hugier, service de M. le D^r Théophile Anger, dans les premiers jours de février 1895.

Elle souffre depuis longtemps du ventre, surtout à droite. Irrégularités menstruelles, pertes blanches. Les douleurs ont augmenté depuis quelques mois, elles se propagent dans la région lombaire et le membre inférieur droit, gênent la marche et reviennent par crises.

La palpation les réveille, au niveau de la fosse iliaque droite, bien qu'on y trouve qu'une tuméfaction assez vague ; un peu de douleur à gauche.

Par le toucher, on découvre, dans le cul-de-sac droit,

une tumeur arrondie, grosse comme une châtaigne, très douloureuse, empâtée, adhérente ; autre tumeur plus petite, dans le cul-de-sac droit.

La laparotomie est pratiquée au pavillon Dolbeau, par M. le Dr Lejars, le 7 février 1895. Position inclinée. A droite, ovaire et trompe prolabés adhérents, entourés de fausses membranes rougeâtres qui les fusionnent en une sorte de paquet : pas de pus.

L'ovaire est poly-kystique, la trompe est grosse et rougeâtre. Décortication et ablation. Les annexes gauches, aussi prolabés et un peu adhérents, ne semblent pas assez malades pour justifier une excision : on se contente de les libérer sur tout leur pourtour. L'opération ne dure que 25 à 30 minutes. Anesthésie par l'éther. Le lendemain matin la malade tousse un peu. Elle ne souffre pas du ventre. Le soir, la température monte, le pouls devient fréquent, tout en conservant son ampleur, la toux devient quinteuse et incessante, la respiration est très gênée.

Le 9, on constate tous les signes d'une bronchite double généralisée ; et, à la base droite des râles fins, éclatant par bouffées et du souffle. La dyspnée est très intense. Légère expectoration sanglante.

Pas de douleurs abdominales. Pas de vomissements. Potion de Tood, alcool à haute dose. Inhalations d'oxygène. Ventouses sèches. Morphine en injections sous-cutanées.

Le 10, la situation est encore plus alarmante et se caractérise surtout par l'aggravation de la dyspnée. Point de côté à droite. Râles crépitants et souffle sur toute la hauteur du poumon droit. Crachats adhérents, brunâtres, striés de sang. Broncho-pneumonie droite. Ventouses scarifiées. Continuation du traitement.

Les phénomènes s'amendent un peu le lendemain et la dyspnée devient moins intense. Mais la toux persiste, très douloureuse, et l'expectoration conserve le même caractère.

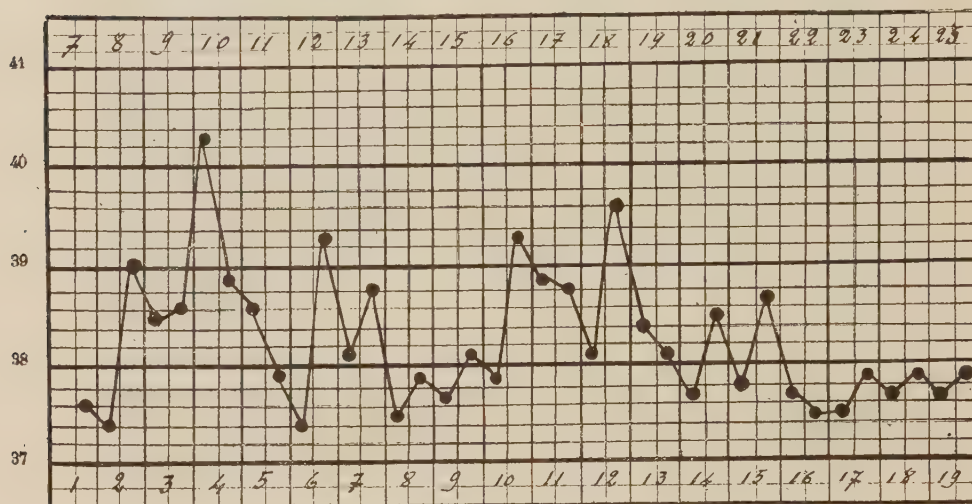
Jusqu'au 22, les accidents broncho-pulmonaires ne s'atténuent que lentement ; la dyspnée continuait, quoique moindre ; les crachats, moins adhérents, étaient devenus abondants ; la malade, pâle et amaigrie, nous fit craindre un moment que la broncho-pneumonie grippale ne dégénérât en tuberculose. L'examen des crachats fut négatif.

Pendant tout ce temps, l'état du ventre était resté absolument normal : au 12^e jour, les fils furent enlevés, la réunion était complète. Il n'y avait pas de douleur, et la guérison de

l'opération abdominale ne fut entravée en rien par cette affection pulmonaire grippale surajoutée.

A partir du 22, la fièvre tomba définitivement et la malade entra en convalescence ; elle se remit très vite.

Le 12 mars, bien guérie, elle quittait l'hôpital.



OBSERVATION VI (Inédite)

(Communiquée par M. le docteur Lejars)

Hernie pariétale, sus-inguinale, traumatique. — Cure radicale. — Grippe grave au cours du traitement. — Guérison

Le nommé P..., âgé de 26 ans, entré à l'hôpital Saint-Louis, salle Cloquet, le 8 septembre 1893.

Le malade, en travaillant, s'est donné, il y a douze ans, un coup de couteau au-dessus de l'aîne droite : il serait alors sorti par la plaie un long bout d'intestin, que l'on réduisit, et tout finit par guérir.

Depuis lors, tumeur sus-inguinale, réductible, mais qui grossit et gêne le malade.

Il aurait passé quelque temps à l'hôpital international (Péan), où l'on ne tenta pas d'opération.

L'examen actuel montre au-dessus de l'aîne droite, à deux travers de doigt environ, et au même niveau de son milieu, une tumeur ovoïde, grosse comme un œuf, réduc-

tible ou plutôt refoulable, avec gargouillement. Au même niveau, ancienne cicatrice cutanée.

Le malade fut opéré par M. Lejars, le 22 septembre. Incision le long du grand axe de la tumeur herniaire : on sectionne la peau, l'aponévrose du grand oblique, et, immédiatement au-dessous, on tombe sur la saillie herniaire, qui s'engage entre les muscles et que recouvrent intérieurement les fibres charnues. On commence la dissection et l'isolement de sa partie la plus saillante, et l'on ne tarde pas à ouvrir une cavité, sur une longueur d'environ un centimètre et demi : cette cavité d'où suinte un peu de liquide bilieux, n'est autre que la cavité intestinale. On fait alors sur cet orifice, à la soie fine, une suture à double plan musculo-séreux, à points de Lambert : on isole alors, petit à petit, en suivant le pourtour de la masse herniaire, le petit paquet et l'on trouve qu'il passe à travers un orifice profond à bord arrondi et net mais large, formé aux dépens de l'aponévrose des transverses : on refoule, au dessous de cet orifice tout ce qui est hernié, sans avoir pu cependant isoler complètement la surface des anses et ouvrir un véritable sac. Par dessus, surjet de catgut.

Le lundi 25, le malade est très affaibli : il tousse depuis vingt-quatre heures et a une légère élévation thermique. M. Lejars fait demander à M. le Dr Gaucher, médecin des hôpitaux, professeur-agrégé, qui diagnostique grippe avec congestion pulmonaire. Pendant trois jours, l'état est inquiétant ; puis il s'améliore de plus en plus, et dans les premiers jours d'octobre l'affection grippale peut être considérée comme terminée.

On a enlevé les fils le 27 : la réunion est parfaite, le malade n'a, du reste, jamais souffert du ventre ; il va régulièrement à la selle.

Depuis lors, M. le Dr Lejars l'a revu à plusieurs reprises, il est dans un état de santé florissant.

OBSERVATION VII (Personnelle).

Salpingo-ovarite gauche.—Laparotomie.—Broncho-pneumonie grippale.
Expectoration sanglante.—Guérison.

La nommée R..., ménagère, âgée de 32 ans, est entrée le 3 décembre à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. le Docteur Muselier. Elle se plaignait d'une douleur dans la région lombaire et de pertes rouges assez abondantes et continues, depuis trois semaines ; des ventouses scarifiées calmèrent sa

douleur, des injections chaudes matin et soir diminuèrent les pertes sans les faire cesser.

Tel est l'état qui nécessite son passage en chirurgie : le 7 janvier elle est placée au n° 6 de la salle Lisfranc; dans le service de la Clinique chirurgicale dont est chargé M. le Docteur Lejars, professeur agrégé.

La malade a eu ses premières règles à 16 ans, depuis elles sont régulières mais abondantes. Elle a eu trois enfants et ses couches ont toujours été longues et douloureuses.

Elle n'a aucun antécédent pathologique personnel ou héréditaire. L'affection dont elle se plaint remonte, nous l'avons dit, aux premiers jours de novembre.

Le toucher dénote un utérus fortement antefléchi dont le col, gros, est largement entr'ouvert.

Les annexes sont douloureuses, surtout à gauche et dans le cul-de-sac ; de ce côté on sent une bride transversale douloureuse et, au dessus, une masse empâtée et immobile, du volume d'une châtaigne.

Dans le cul-de-sac droit, on réveille un peu de douleur, mais on ne découvre aucune tuméfaction.

Malgré le repos au lit et les injections chaudes, les pertes et les douleurs continuent; aussi M. le Dr Lejars fait une laparotomie le 23 janvier.

La malade, anesthésiée au chloroforme, est placée dans la position inclinée : la tête basse et le siège élevé; la paroi abdominale, très flasque et mince, étant incisée, on trouve les annexes gauches prolabées et adhérentes et un énorme varicocèle ovarien.

Décortication et ablation; l'ovaire est polykystique, la trompe grosse et oblitérée à son orifice tubaire.

Les annexes droites paraissent saines.

La durée de l'intervention ne dépasse guère une demi-heure. Le reste de la journée et la nuit se passèrent sans incident. Le 24, au matin, la malade se sent fatiguée, courbaturée; elle a de la céphalalgie, une légère ascension thermique. Le pouls est fréquent, un peu petit. Il y a une légère dyspnée, une toux assez fréquente; la langue est recouverte d'un léger enduit blanchâtre. L'état général est un peu inquiétant. Pas de douleur abdominale, pas de vomissements.

Dans la journée la toux s'accroît ainsi que la dyspnée qui devient intense et nécessite la position assise, dans le lit: l'expectoration est assez abondante et sanglante. L'auscultation dénote des râles sibilants disséminés dans les deux poumons.

Le 26, des râles fins et un souffle léger, à la base du poumon gauche et en arrière, indiquent un foyer de congestion, traité aussitôt par l'application de quatre ventouses scarifiées. Le soir la température est tombée à 37°5 mais la prostration est très grande; le pouls fort et vibrant.

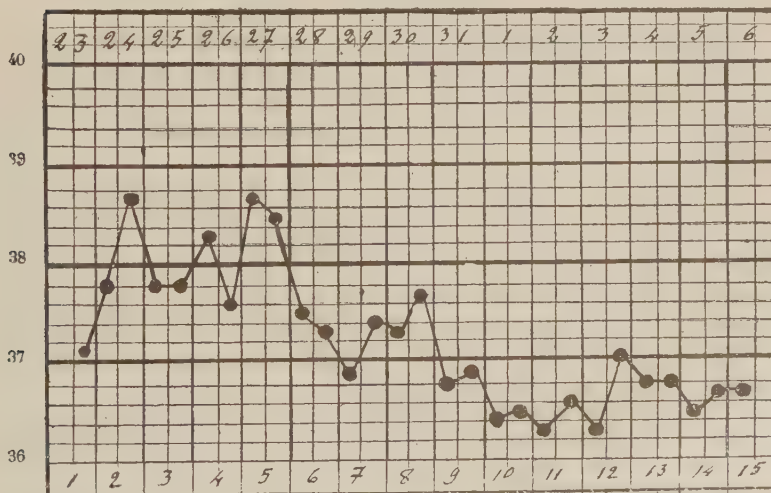
Le 27, les accidents broncho-pulmonaires s'aggravent, les râles fins s'entendent dans les 2/3 inférieurs du poumon gauche en arrière; au sommet et dans toute l'étendue du poumon droit il y a de nombreuses sibilances. L'expectoration est franchement purulente avec quelques stries sanglantes. La gêne respiratoire très marquée. Le faciès est pâle, comme plombé.

Pas de douleurs abdominales, sauf quelques retentissements lors de la toux. Selles régulières. Miction normale.

Le lendemain l'état général s'est sensiblement amélioré: la température n'est plus qu'à 37°5, le pouls n'a plus que 90 pulsations, la dyspnée est presque complètement disparue; à l'auscultation les sibilances persistent toujours mais les râles fins ont fait place à des râles à grosses bulles, il n'y a plus de souffle.

De ce jour les phénomènes thoraciques s'atténuent peu à peu pour disparaître complètement dans les premiers jours de février. Les fils sont enlevés le 2. La réunion est régulière.

Le 20 février, la malade sort guérie.



OBSERVATION VIII (Personnelle)

Hernie inguinale droite. — Cure radicale. — Grippe sans complications pulmonaires. — Guérison.

Le nommé B..., terrassier, âgé de 45 ans, entre le 5 décembre 1894 à l'hôpital de la Pitié, salle Michon, dans le service de M. le Dr Lejars.

Cet homme, sans antécédents pathologiques notables, d'apparence vigoureuse, vient demander à être débarrassé d'une hernie inguinale qui daterait d'une douzaine d'années, hernie apparue, raconte-t-il, à la suite d'un effort.

Nous constatons, en effet, dans la région inguinale droite, descendant dans le scrotum qu'elle emplit à la moindre impulsion de toux, la présence d'une hernie volumineuse, facilement réductible, où l'on peut reconnaître la présence d'une notable quantité d'épiploon.

L'anneau inguinal est large et permet l'introduction de deux doigts : ses bords sont amincis. La paroi abdominale paraît assez vigoureuse ; il n'y a rien du côté gauche.

L'état général est bon et nous ne trouvons rien à signaler, sauf une légère toux à laquelle nous n'attachons pas d'importance. Le malade est néanmoins tenu en observation et l'opération retardée, mais surtout à cause de l'encombrement des salles.

Cure radicale le 18 décembre par M. Guillemot, interne du service, en présence de M. le Dr Lejars.

Après chloroformation, brossage soigneux au savon et au sublimé de la région ; isolement du champ opératoire par des compresses aseptiques. Comme d'habitude, lavage des mains à la brosse et au savon, puis au permanganate et au sublimé.

Incision de 12 cent. environ, suivant axe de la hernie ; après section des différents plans, découverte et isolement du sac qui contient, outre de l'épiploon, une anse intestinale assez longue qui est réduite ; résection de l'épiploon, ligature du sac qui est fixé à la paroi par le procédé de Barker. Sutures profondes et superficielles des plans aponévrotiques au catgut. Suture cutanée aux crins de Florence. Pansement à la gaze iodoformée.

Le soir, le malade éprouve un sentiment de lassitude générale, se plaint d'un peu de céphalalgie, la voix est faible ; le pouls, petit, marque 102 puls.

Le lendemain, nous trouvons le malade agité, la nuit

a été mauvaise, le visage est pâle, la langue saburrale, et il a une petite toux sèche et fréquente, mais sans expectoration. Quand on lui demande où il souffre, il répond qu'il a mal partout. Le ventre est absolument indolent : il n'y a aucune sensation douloureuse du côté de la plaie. Le pouls est à 120. Le soir, même état, légère ascension thermique.

Dans la nuit, la toux s'accroît, et le matin on constate, dans son crachoir, quelques crachats glaireux, très adhérents au vase, sans trace de sang, mais striés de mucosités purulentes.

L'auscultation ne dénote que des râles sibilants disséminés dans toute l'étendue de la poitrine ; il n'y a pas de foyer de congestion.

On prescrit une potion de Todd et des ventouses sèches.

Dans le courant de la journée les symptômes pulmonaires ne s'accroissent pas, mais l'état général du malade s'aggrave : le soir la température s'élève à près de 39°.

En présence de ces symptômes alarmants on se décide à enlever le pansement, après avoir pris les précautions antiseptiques que pourrait nécessiter une intervention possible. On constate alors que la plaie opératoire est en excellente voie. Les bords en sont souples, non colorés, non tuméfiés, non douloureux. La réunion est parfaite. Le même pansement est aussitôt remis.

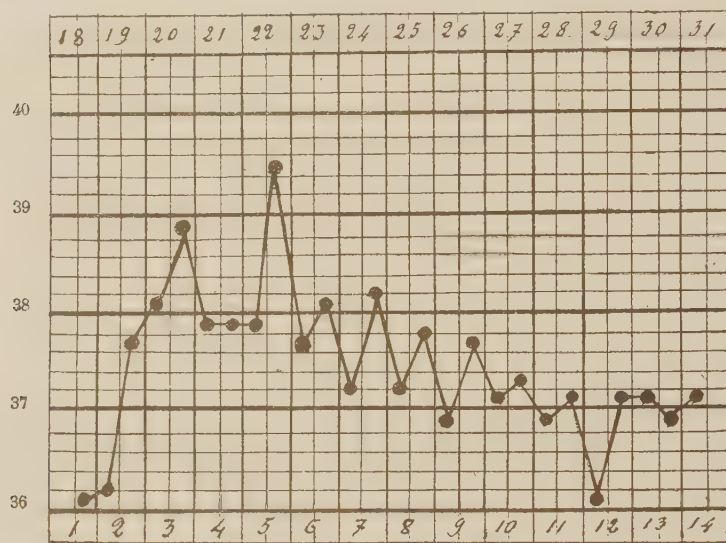
Le lendemain même état général : les crachats sont nettement purulents, très adhérents. L'auscultation dénote une augmentation des sibilances, sans localisation ; quelques râles humides surtout aux bases. — Le malade est très affaibli.

On continue à faire poser des ventouses et à prescrire la potion de Todd. Le 5^e jour, même état au matin, mais le soir la température s'élève ; le malade, toujours très abattu, tousse continuellement. Aucun phénomène douloureux du côté de la plaie ou de l'abdomen. La nuit suivante fut plus calme. — Puis l'état général s'améliore, mais les phénomènes de bronchite persistent et la température reste encore au-dessus de la normale jusqu'au 26.

L'affection grippale peut être alors considérée comme terminée. Le neuvième jour le pansement est défait. Les fils de la suture cutanée sont enlevés : réunion totale par première intention, on recouvre la cicatrice d'un pansement collodionné.

La toux persiste pendant quelque temps : le malade sort de l'hôpital complètement guéri, après un court séjour

dans un service de médecine, où il avait dû faire sa convalescence, le service de la Clinique chirurgicale ayant été évacué.



OBSERVATION IX

M. Verneuil. Bull. Acad. méd., 1890.

Attaque antérieure de grippe. A la fin de la convalescence, ablation partielle du sein; marche naturelle et tout à fait simple de la plaie opératoire. — Réapparition des accidents de grippe. — Pyohémie tardive. — Mort.

M^{me} X...., 44 ans, est atteinte, dans les premiers jours de janvier 1890, de grippe avec fièvre vive, troubles gastriques et dégoût invincible pour les aliments. L'attaque dure huit jours, au bout desquels la malade, se croyant rétablie, sort de chez elle. Mais bientôt survient une rechute avec symptômes graves. La fièvre reparait, forte, mais irrégulière, par accès de deux ou trois heures, paraissant tantôt le matin, tantôt le soir, suivis de transpirations abondantes, avec agitation, et parfois même un peu de subdelirium la nuit. L'anorexie est toujours aussi complète. Aussi la faiblesse est extrême, et cette fois M^{me} X.... doit garder le lit près d'un

mois. On avait administré l'antipyrine sans résultat durable. Le sulfate de quinine avait mieux réussi. La guérison parut s'effectuer dans le courant de février et la malade put reprendre sa vie ordinaire.

Le 10 mars, pour la première fois, elle constata dans le sein droit l'existence d'une tumeur du volume d'une petite pomme et tout à fait indolente. Elle en fut vivement alarmée, et son inquiétude alla jusqu'à occasionner de l'insomnie et divers accidents nerveux.

Le 15 mars, le médecin ordinaire et le chirurgien appelés en consultation reconnaissent la tumeur qui siégeait dans la moitié supérieure de la glande, sans adhérence à la peau ni aux parties profondes et avec quelques petits ganglions dans l'aisselle. Ils conseillent l'intervention prochaine, en raison surtout de l'état moral de la patiente et de l'imminence des règles, qui devaient revenir huit jours après.

L'examen médical et l'annonce d'une opération immédiate amenèrent un accès de fièvre assez intense pour que l'on crût nécessaire de reculer de trois jours l'ablation de la tumeur.

On y procéda le 19 mars : ablation des deux tiers de l'hémisphère supérieur de la glande et de trois ou quatre ganglions du creux axillaire ; réunion par deux points de suture ; drainage à l'aide de quatre tubes. Pendant l'opération, toutes les règles de l'antisepsie avaient été scrupuleusement observées.

L'acte chirurgical, accompli fort simplement et sans accidents, n'amena pourtant pas la détente morale espérée. M^{me} X... resta agitée, inquiète, en proie à un grand malaise.

Le pouls était fréquent, et la peau, chaude, se recouvrait de temps en temps de sueurs abondantes. La malade souffrait de l'estomac et prit à grand'peine quelques cuillerées de tisane. Nuit mauvaise, délire.

Le lendemain, face rouge et congestionnée ; température à 38°5, variant plusieurs fois dans la journée, dégoût des aliments, nausées, vomissements ; en un mot, retour complet des accidents qui avaient marqué la seconde attaque de grippe.

Le quatrième jour les règles survinrent : leur apparition ne modifia l'état général ni en bien ni en mal.

Ces symptômes, alarmants par leur durée et leur aggravation croissante, engagèrent naturellement le chirurgien à surveiller attentivement la plaie que les pansements faits chaque jour montrèrent d'ailleurs exempté de tout accident local et évoluant de la manière la plus satisfaisante.

La moitié des sutures fut enlevée le sixième jour et le reste le neuvième. La réunion était parfaite, sauf aux points occupés par les drains. Le sein n'était ni gonflé ni douloureux. Localement, tout était donc irréprochable. Par malheur, l'état général était de plus en plus mauvais. La température, à diverses reprises, s'était élevée à 39°. Le soir du neuvième jour, elle atteignit 39°9. La malade délira toute la nuit. On avait remarqué dans la journée deux plaques rouges à la peau, siégeant l'une à la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras, l'autre à la région moyenne de la jambe.

Le lendemain, le thermomètre descendait à 38°, mais les taches rouges indiquaient clairement la formation de collections purulentes sous-cutanées. On constatait d'ailleurs dans le genou droit un épanchement abondant constitué par un liquide séro-purulent, comme le démontra la ponction faite le soir.

Deux fois déjà, les jours précédents, on avait ausculté avec soin, sans rien trouver dans la poitrine; ce même jour, on découvrit du souffle et quelques râles à la base du poumon gauche. On pensa au développement d'une pleurésie. Le lendemain, onzième jour, le diagnostic était confirmé par l'exploration au doigt et à l'oreille et par une ponction qui donna issue à 100 grammes d'un liquide tout à fait semblable à celui qu'on avait extrait du genou l'avant-veille. Les abcès de l'avant-bras et de la jambe, également ouverts, fournirent du pus bien lié.

La malade succomba 48 heures plus tard, treize jours après l'opération.

L'autopsie ne fut pas permise, mais l'existence de la pyohémie classique n'était pas douteuse.

OBSERVATION X

Walther in Verneuil, loc. cit.

Grippe. — Hernie étranglée : kélotomie. — Mort par broncho-pneumonie.

Femme 51 ans, maigre, épuisée; porte une hernie crurale étranglée depuis sept jours, pendant le cours d'une grippe grave à forme thoracique. La tumeur, à l'entrée, était douloureuse, et les vomissements duraient depuis trente-six heures.

Kélotomie immédiate; l'intestin étant sphacélé, M. Walther

établit un anus contre nature, qui fonctionne bien. La plaie opératoire était en bon état lorsque la malade succomba, huit jours après l'opération, à une broncho-pneumonie double, qui existait déjà au moment de l'entrée à l'hôpital.

OBSERVATION XI

(Jeannet in Verneuil, loc. cit.).

Grippe. — Ovariectomie. — Mort

X..., 20 ans, vigoureuse, exempte de toute maladie constitutionnelle, entre à l'hôpital le 27 janvier 1890. Depuis un accouchement, qui remonte à 3 ans, une rétroversion douloureuse rend presque tout travail impossible : de plus, dans le cul-de-sac postérieur, l'ovaire gauche kystique, du volume d'une mandarine, est le siège de douleurs continues.

M. Jeannet se propose d'enlever cet ovaire et au besoin de faire l'hystéropexie pour corriger la rétroversion. L'opération est fixée pour le 7 février, quelques jours après la cessation des règles. Mais le 1^{er} février, grippe très nettement caractérisée avec fièvre, lassitude, inappétence, céphalalgie, coryza, mais sans symptômes thoraciques, ni intestinaux, ni nerveux. L'accès dure quatre jours : le rétablissement est rapide et semble complet, de sorte que l'opération, qui avait été ajournée, parut pouvoir sans inconvénient être pratiquée le 14 février.

Elle fut d'une facilité extrême, et dura à peine trente minutes. Les deux ovaires, étant kystiques, furent enlevés ; on ne fit point la fixation de l'utérus. L'antisepsie avait été rigoureuse ; aucun incident notable n'était survenu : le péritoine avait été lavé avec 4 litres d'eau bouillie. Bref, tout avait été si simple, que le succès ne faisait l'objet d'aucun doute. L'avenir devait malheureusement démentir ce pronostic.

Le soir, calme parfait, nulle souffrance, pas de vomissements, pouls à 60. Température 36°. Nuit bonne, malgré deux ou trois vomissements, qu'on attribue au chloroforme.

Le lendemain 15, la face est rouge, les yeux brillants : le pouls à 120, T. 39° ; langue humide, un peu saburrale ; ni vomissements, ni nausées ; ventre souple, indolent, sauf en un point très circonscrit, voisin de l'ombilic.

Le soir, même état local et général ; cependant la fièvre est un peu plus forte : 140 pulsations, T. 39°2 ; lassitude générale, céphalalgie sous-orbitaire, quelques paroles incohérentes, miction spontanée facile.

Le 16. Point de changement ; quelques particularités dans le pouls qui reste à 140 avec 39°3 de température ; délire passager. Une purgation et un lavement laxatif amènent des selles abondantes. Le ventre est toujours souple et un peu sensible, seulement au niveau de la plaie. Urines normales.

Le 17 et le 18. La situation ne change pas, la fièvre continue, mais les symptômes abdominaux manquent toujours.

Le 19. Cinquième jour, pour la première fois, la tisane et le bouillon sont vomis et le ventre se ballonne un peu, sans être douloureux cependant : un lavement procure des évacuations. Dans la nuit, délire et agitations extrêmes.

Le 20. Les vomissements et le gonflement du ventre ont diminué ; mais la face se grippe, les joues se creusent, le délire continue, avec trismus et contraction des membres. La malade meurt à six heures du soir.

Autopsie. — Le ventre est ballonné, mais la cavité péritonéale ne renferme ni liquide, ni fausses membranes ; les anses intestinales fortement distendues ont leur couleur normale ; elles n'ont contracté aucune adhérence, ni entre elles ni avec le péritoine pariétal, tout à fait sain lui-même, sauf sur le trajet de l'incision où se voient quelques vascularisations. Epiploon non épaissi et seulement un peu congestionné, aucune lésion dans le petit bassin ; les ligatures des pédicules ovariens sont en place.

OBSERVATION XII

(Jeannet in Verneuil, loc. cit.)

Laparotomie. — Grippe. — Guérison

Une femme atteinte par la grippe un mois auparavant fut laparotomisée pour une salpingite hémorragique avec hématocele rétro-utérine. Quinze jours après l'opération, qui avait guéri très simplement, apparurent des accidents en tout comparables à ceux qui viennent d'être décrits dans la précédente observation, à savoir : état gastrique, constipation cédant facilement aux évacuants ; accidents fébriles tels que les tracés thermométriques étaient identiques dans les deux cas ; indolence absolue du péritoine et, enfin, même durée de la maladie, avec cette différence que, dans ce dernier cas, terminé par la guérison, le pouls n'avait pas cessé d'être régulier et que les symptômes cérébraux avaient manqué.

CONCLUSIONS

I. — La grippe est une maladie contagieuse, épidémique, infectieuse.

II. — Elle est due à un bacille spécifique : le bacille de Pfeiffer.

III. — Le bacille de Pfeiffer n'est pas facilement pyogène et les suppurations post-grippales sont dues ordinairement soit au pneumocoque, soit au staphylocoque, soit au streptocoque ; le plus souvent à ce dernier microbe.

Une plaie aseptique et pansée aseptiquement, faite chez un sujet non infecté, ne peut donc suppurer du fait seul de la grippe.

IV. — Les complications purulentes sont, dans la plupart des cas, situées dans le domaine des voies respiratoires et de leurs annexes ; toute opération de ce côté devra donc être ajournée, autant que possible, dans le cours d'une épidémie de grippe.

V. — Les symptômes de la grippe, à la suite d'une intervention chirurgicale quelconque, peuvent, dès leur début, donner lieu à des erreurs de diagnostic et embarrasser le chirurgien. Plus tard, soit à cause de

la localisation, soit à cause de la marche de l'affection, les erreurs ne seront plus possibles, et on ne pourra plus imputer à une faute opératoire l'établissement d'un mauvais état général.

VI. — Considérée d'ailleurs en elle-même, la grippe peut débilitier les malades et prolonger leur convalescence, mais sans jamais nuire, nous l'avons dit, à la cicatrisation de la plaie.

Vu :
Le Doyen
BROUARDEL.

Vu par le Président de la Thèse
PAUL BERGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

PATHOGÉNIE ET SYMPTOMATOLOGIE

- BURLUREAUX. — Quelques réflexions à propos de l'épidémie actuelle de grippe. *Gaz. heb.*, janvier 1890.
- CHARPENTIER. — De la grippe et de ses complications. *Th.* 1894.
- COMBY. — La grippe chez les enfants. *Soc. méd. des hôp.*, février 1890.
- DUBRULLE. — La grippe et le caractère présumé de son agent pathogène. *Gaz. heb.*, 1891, p. 372.
- DUFLOCQ. — Des variétés cliniques de la grippe à Paris. *Revue de méd.*, février 1890.
- EICHORST. — De la grippe.
- FEISSINGER. — Grippe endémique. *Sem. méd.*, 1893.
- GRAVE. — Leçons de clinique médicale. *Trad. et notes Jaccoud*, 1862.
- GAUCHER. — Contribution à l'étude de l'épidémie de grippe. *Soc. méd. des hôp.*, mars 1890.
- HULMANN. — Contributions à l'étude de la nature de la grippe. *Th.* 1894.
- JACCOUD. — *Traité de pathologie. T. III.*
Id. — De l'épidémie actuelle de grippe. *France méd.*, déc. 1890.
Id. — De la grippe, étude des épidémies anciennes, de la pneumonie grippale. *Gaz. des hôp.*, 4 février 1890.
- LYON. — La grippe en 1889-90. *Rev. des sciences médicales*, 1890.
- LABADIE-LAGRAVE. — La grippe à la Maternité. *Méd. mod.*, février 1892.
- LAVERAN. — De la fièvre dans la grippe.
- LABOULBÈNE. — *Bull. Acad. de méd.*, 1892.
- L. MASSON. — *Soc. de méd. et d'hyg. prof.* Mai 1871.
- MARTINY. — Die influenza oder grippe. *Weimar*, 1835.
- A.-J. MARTIN. — *Gaz. heb. de méd. et chir.*, 1891, p. 278.
- M^o MIROPOLSKY. — La grippe à Paris et dans les hôpitaux en 1889-90. *Thèse.*
- NONAT. — Grippe de Paris en 1837. *Arch. gén. de méd.*, 1837.
- OLLIVIER. — *Bull. Acad. de méd.*, 1892.
- POTAIN. — La grippe. *Union méd.*, décembre 1890.
- POTAIN. — Asthénie grippale. *Bull. méd.*, 30 mars 1890.
- PROUST. — *Bull. Acad. de méd.*, 1892.
- RAIGE-DELORME. — Art. Grippe. *Dict. en 30 vol.*, XIV, 1836.
- RENDU. — La grippe et ses formes cliniques. *Union méd.*, 1891.
- RADIUS. — De influentia morbo. *Lipsiæ*, 1883.

BACTÉRIOLOGIE

- BABÈS. — *Centralb. Bakt.*, 1890, n° 8.
- BOUCHARD. — Recherches bactériologiques sur la grippe et ses complications. *Sem. méd.*, 1890.
- BRUSCHETTINI. — *Riforma medica*, 1893.
- BORCHARDT. — Recherches sur le bacille de Pfeiffer. *Berl. Klin. Woch.*, 1894.
- CANON. — Ueber einen Mikroorganismus im Blute von Influenza Kranken. *Soc. méd. de Berlin*, 1892.
- CORNIL DE CHANTEMESSE. — Sur le microbe de l'influenza. *Bull. acad. méd.*, février 1892.
- HUBER. — *Zeitsch. f. Hyg.*, t. X v.
- JARDON. — Contribution à l'étude bactériologique de la grippe. *Th. Bordeaux*, 1894.
- KITASATO. — Ueber den Influenza bacillus und sein Culturverfahren. *Deutsch med. Woch.*, 1892.
- KLEBS. — *Centralb. Bakt.*, t. VII, 1890.
- PFEIFFER. — *Zeitsch. f. Hyg.*, 1893.
- PFEIFFER. — Ueber die Erreger der Influenza. *Deutsch med. Woch.*, 1892.
- TEISSIER ET FRENKEL. — Propriétés pyogènes du microbe de la grippe. *Lyon méd.*, septembre 1891.
- TEISSIER, ROUX et PITTON. — Sur une nouvelle diplobactérie. *Acad. des sciences*, avril 1892.
- WEICHSELBAUM, *Wiener, Klin. Wochenschr.*
-

COMPLICATIONS DE LA GRIPPE

- BOUCHARD. — La grippe et ses complications. *Acad. méd.*, janvier 1890.
- BIORTHEN. — *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, 1891.
- BURGHARD. — *Brit. med. jour.*, 3 mai 1890.
- BENNETT. — Sur quelques cas de pyohémie et de suppuration dus à la grippe. *Lancet*, 1890.
- CHATELIER. — Otites moyennes suppurées. *Ann. mal. de l'oreille*, 1890.
- FERRAND. — De quelques accidents de la grippe. *Bull. Soc. des hôp.*, février 1890.
- HANOT. — Infection par le streptocoque au cours de la grippe. *Soc. méd. des hôp.*, juillet 1893.
- LEMOINE. — Erysipèle dans le cours de la grippe. *Rev. de méd.*, 1890.
- LEHMANN. — Des manifestations septicémiques et pyohémiques de la grippe. *Th.* 1890.
- LECAUDET. — Manifestations buccales de la grippe (*Odontologie*, 1890).
- LELOIR. — Lésions suppuratives de la peau à la suite d'influenza. *Bull. méd.*, 1890.
- LE CLERC. — Complications chirurgicales de la grippe. *Mercur. méd.*, 1890.
- GALEZOWSKI. — Complications oculaires de la grippe. *Rec. ophtalm.*, 1890.
- MORLOT et ROGIER. — Grippe et gangrène. *Bourgogne méd.*, avril 1893.
- PETIT. — De l'infection par le streptocoque au cours et au déclin de la grippe. *Th.* 1894.
- REDUREAU. — Contribution à l'étude de la suppuration dans la grippe. *Th.* 1891.
- TUEFFERT. — La grippe et ses complications. *Gaz. des hôp.*, janv. 1890.
- VAILLARD. — Le streptocoque et la grippe. *Soc. méd. des hôp.*, 1890.
- VILCOQ. — Complications phlegmoneuses dans la convalescence de la grippe. *Union méd. du Nord-Est*, 1890.
- VERNEUIL. — De la grippe au point de vue chirurgical. *Acad. méd.*, 1890.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	5
Chapitre I. — L'AGENT PATHOGÈNE DE LA GRIPPE.	11
Chapitre II. — DES SUPPURATIONS DANS LA GRIPPE	17
a) Rôle du bacille de Pfeiffer	17
b) » du pneumocoque	18
c) » du staphylocoque	18
d) » du streptocoque	19
e) Localisation de la suppuration.	21
Chapitre III. — ACTION DE LA GRIPPE SUR LES PLAIES OPÉRATOIRES	23
Chapitre IV. — SYMPTOMATOLOGIE. — DIAGNOSTIC	30
A) Causes de l'injection grippale chez les opérés.	30
B) Grippe chez les opérés	32
1° Prédominance des symptômes généraux.	32
2° Prédominance des symptômes broncho-pulmo- naires	39
Chapitre V. — PRONOSTIC.	42
OBSERVATIONS	43
CONCLUSION.	57
BIBLIOGRAPHIE	59

